



全日病 ニュース 2016.4.15

No.869

ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION <http://www.ajha.or.jp> / [mail:info@ajha.or.jp](mailto:info@ajha.or.jp)

第3回臨時総会を開催 根拠に基づく発言・要望続ける

2018年度の準備始まる今年度の重要性を強調

全日病は3月26日に第3回臨時総会を開催し、3月12日の第4回理事会で承認した2016年度事業計画、2016年度予算、2015年度事業計画の一部変更、2015年度補正予算を報告した。また、「病院のあり方委員会」委員長の徳田禎久常任理事が「病院のあり方に関する報告書-2015年度版」(未定稿)の内容を説明した。

「最大の関心は診療報酬改定後」西澤会長
冒頭に挨拶した西澤寛俊会長は、最近の医療情勢を概観。「最大の関心は2016年度診療報酬改定後である。改定率は財政が非常に厳しい中で、本体が0.49%だったが、全体ではマイナス1.31%。これがどのような影響を及ぼすのか、きちんと検証する必要がある」と述べた。

その上で、「7対1入院基本料からの転換を促す方策が目立つが、入院から在宅への誘導が今回の改定で非常に強く出ている」と述べ、改定の意図をふまえた対応を会員病院に求めた。

2018年度が重要な年度となることを改めて指摘し、それに向けた準備が今年度から本格化することを強調した。2018年度は、診療報酬・介護報酬の同時改定となることに加え、都道府県の医療計画と市町村の介護保険事業計画の同時改定の年度でもある。

また、西澤会長は、2016年度中に医療計画に盛り込まれる地域医療構想をすべての都道府県が策定することをふまえ、各都道府県支部や地域の会員病院が地域医療構想に関与していくこと

を求めるとともに、全日病執行部として様々な支援を行う方針を示した。

2016年度の当面の大きな課題としては、①医療事故調査制度の施行後2年の見直し規定への対応②看護師の特定行為の研修制度③療養病床のあり方④新専門医制度——をあげた。

続いて、日本医師会の横倉義武会長、自民党の武見敬三参議院議員、羽生田俊参議院議員が、来賓の挨拶を行った。

2016年度事業計画、予算などを報告

2016年度事業計画では、現下の状況として、7対1入院基本料の基準の大幅見直しや病棟群単位の届出、療養病床入院基本料2の適正化などが行われた2016年度診療報酬改定の対応を図る必要性が強調された。さらに、2016年度においては、診療報酬以外の医療提供体制についても、西澤会長が指摘したような様々な改革が予定されている。

これらの状況をふまえ、「厳しい環境の中ではあるが、全日病は日本の医療・介護現場を支える病院団体として、根拠(データ)に基づく提唱、発言、要望を続けていく」と宣言した。



2016年度事業としては、医療事故調査制度や地域包括ケア病棟、療養病床制度などに関するセミナーを開催するとともに、様々な調査・研究や提言・要望を予定している。医療事故調査等支援団体としての活動や介護人材の受入・紹介事業の立上げなどもある。

2016年度予算については、経常収益計が5億9,609万円で前年度から5,357万円減少を見込んだ。経常費用計は5億8,995万円で前年度から5,104万円減少の見込み。その結果、経常収支は614万円の黒字。2015年度の866万円の黒字より252万円減の計画としている。

経常収益の詳細をみると、受取会費が2億5,078万円で対前年度比285万円増、事業収益が2億4,190万円で同4,969万円減、受取補助金が600万円で同1,425万円減、支部収益が1,642万円で同67万円増、全日病学会収益が5,920万円で同284万円の増——。

経常費用の詳細をみると、本部経費

は4億8,270万円で対前年度比5,299万円減、支部経費が3,790万円で195万円増、全日病学会経費が6,936万円ではほぼ同額を計画している。

また、「病院のあり方委員会」の徳田禎久委員長が「病院のあり方に関する報告書」(未定稿)について説明した。1998年以来ほぼ隔年で発行されているもので、今回で7度目。超少子高齢社会において既存の医療・介護提供体制を続けるのは不可能との認識のもとで、様々な観点から今後の病院のあり方を探っている。

巻末では、最近の医療政策決定プロセスにビッグデータが使われ、「医療ニーズと資源配分の適切性の検証」が重要な視点になっていると指摘。ただ「現状では恣意的なデータ利用が行われるきらいがある」と注意を喚起した上で、全日病として、データの開示を求め、対案作成に活用していくことを提案した。

新専門医制度に関する厚労省の委員会が初会合

専門医養成に関する専門委員会

厚労省は、社会保障審議会・医療部会のもとに「専門医養成の在り方に関する専門委員会」(永井良三委員長)を設置し、3月25日に初会合を開いた。専門委員会は、来年度に開始が予定される新専門医制度について、さらなる医師偏在を生むという懸念があることから、実情をふまえた議論を行うために設定された。

2月18日の医療部会で、来年度から研修が始まる新専門医制度の準備作業が不十分との意見が相次いだ。地域の医師偏在がさらに拡大しかねないとの意見を受け、医療部会は新たな委員会を設置し、実施の延期を含めて検討する方針を決めた。

厚労省は、専門委員会の初会合で、「医師のプロフェッショナル・オートノミーにより生まれた制度なので、行政があまり出過ぎないようにする」との認識を示す一方で、新たに認定された専門医が医療法で広告できる事項となることなどから、「行政と無関係ではない」と明言。「関係者間でコンセンサスを得ることが最も重要」としつつ、「調整の労はとる」と述べた。

新たな専門医制度を、現在以上に医師を偏在させるものとならないよう十分配慮した仕組みとするために、「実情をふまえた丁寧な議論」を行うこと

西澤会長「新制度の成功のため根本からの議論が必要」

が専門委員会設置のねらいだ。仮に、来年度の開始を延期しないならば、日本専門医機構がプログラムを認定する6月までには、指摘される課題を解決することが必要になる。

初会合では、日本専門医機構が①外科専門研修プログラム②産婦人科専門研修プログラム③整形外科専門研修プログラム——の進捗状況を説明した。外科専門研修プログラムの説明では、症例数と指導医について、絶対数では大都市を有する都道府県に偏在するが、対人口比で見れば格差が縮小し、一部では逆転もあるとした。例えば、愛知県は症例数と指導医の比率が相対的に低くなる。

大病院(500床以上)のみの連携プログラムに対して、地域の中小病院を連携に含めるよう勧告することも報告した。

さらに、医師の偏在を避けるため、◇診療領域ごとに全国の専攻医募集数を過去実績の1.2倍以下とする◇都市部の専攻医は現状を上限とする◇地域別の専攻医数の過去3年の平均からの激変を避ける——などの調整を予定している。

日本専門医機構の説明を受け、永井委員長は、専攻医の地域偏在を避けるため、全国の研修医にどの診療科に進



みたいかの希望をきいて、それを基礎データに、都道府県の格差が一定程度に収まるよう定員枠を設定することを提案。「一定の工夫で需給のミスマッチを解消できる」と述べた。

しかしこうした議論に対し、全日病会長の西澤寛俊委員が「来年4月のスタートを前提にしているように聞こえる」と発言。「来年4月は抜きにして、白紙に戻して議論するということが必要」と述べた。新専門医制度を成功させるために、根本からの議論が必要」と述べると、それを皮切りに根本的な見直しを求める意見が相次いだ。

具体的には、「総合診療専門医を含め、全体像がよくみえないまま、決まるのは問題。実施を遅らせるべき」、「学会主導になっているが、学会員の

意向を汲んでいるのか。反乱が起きる可能性がある」、「機構の社員構成が地域医療代表に配慮されていない」、「日本の医療を支えている地域の民間中小病院の視点が不足している」などの意見が出た。

そのほか、厚労省が都道府県に対して進捗状況を聞いたアンケート調査の結果を示した。「医療機関の相談等をふまえた調整を協議の場で図っているか」との質問には、「図っている」が15自治体、「図っていない」が12自治体で、概ね半々だった。「スケジュールに従ってプログラム作成が進んでいるか」との質問に対しては、「あまり順調ではない」との回答が2自治体あった(把握自治体のみ回答)。

医療部会

療養病床特別部会と医療部会は「同格」?!

社会保障審議会・医療部会(永井良三部会長)は4月6日、「療養病床の在り方等に関する検討会」や「専門医養成の在り方に関する専門委員会」の検討状況を厚労省から聴取するとともに、今後医療部会が検討していく課題を整理した。療養病床に関しては、新たに設置する特別部会と医療部会との関係が議論となり、厚労省は特別部会と医療部会の位置付けは「同格」と説明。特別部会で決定できるとしたが、疑問を示す意見が複数あった。

療養病床の見直しでは、「療養病床の在り方等に関する検討会」が1月28日に新たな選択肢の整理案を示したことを受け、社会保障審議会に「療養病床の在り方等に関する特別部会」を設置し、具体的な議論を進め年内にまとめるとしている。ただ同日の議論では、特別部会が医療部会と「同格」であることに納得せず、「医療部会の了承を必要とするべき」との意見が出た。

これに対し厚労省は「医療部会や介護保険部会がばらばらに議論して、違った結論が出ると困る。それぞれの部会の限界を越えて、連携して汗をかきたい」と回答。ただし医療法に関連する論点に関しては、医療部会に諮ると説明した。

日本専門医機構に厳しい指摘相次ぐ

新専門医制度に対しては、前回の医療部会と同様に、制度を運営する日本専門医機構に対する厳しい指摘が相次ぎ、来年4月のスタートを前提としない議論が求められた。

全日病会長の西澤寛俊委員は、改めて「予定どおり開始する、しないは決めないで議論することになったはずなのに、さらに準備を進めるための資料が専門委員会に出てきた。順序が違うのでは」と指摘。「拙速に進めると制度が壊れてしまうことを懸念する」と述べた。また、日本専門医機構のガバ



ナンスに不信感が生じている現状を問題視した。

専門委の委員長でもある永井部会長は、医療部会で出された様々な意見を専門委の議論に反映させると述べた。

医療部会で今後、検討が必要となる主な課題が厚労省から示された。「療養病床の見直し」と「新たな専門医の仕組み」に加え、「地域医療構想・次期医療計画」、「医療従事者の需給・偏在」、「ゲノム医療の実用化推進」、「医療広告のあり方」、「特定機能病院のガバナンス」「医療事故調査制度等のあり

方」をあげた。

それぞれ別の会議体で議論が続けられており、厚労省は「いずれかのタイミング」で医療部会の議題に載せると説明した。

ゲノム医療では、遺伝子検査による疾病の診断や将来の疾病リスクの予測などの技術が進歩する状況で、遺伝子検査の品質・精度の確保を議論する。現在、内閣官房の「健康・医療戦略室」の下部組織が検討している。医療事故調査制度については、与党の議論の状況をふまえるとの報告があった。

医療保険部会

2018年度からの第3期医療費適正化計画の基本方針案を了承

厚労省の社会保障審議会・医療保険部会(遠藤久夫部会長)が3月24日に開かれ、第3期医療費適正化計画の基本方針案を概ね了承した。

「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく医療費適正化計画は各都道府県によって5年ごとに策定され、現在第2期(2013年度～17年度)が実施されている。医療費目標と医療費適正化の取り組みが主な記載事項で、後者に関しては、現在、特定健診・保健指導実施率と平均在院日数短縮の各目標が設定されている。

この医療費適正化計画は、昨年5月に成立した医療保険制度改革関連法において、①医療費目標は病床機能の分化・連携推進(地域医療構想)の成果をふまえたものとする、②医療費適正化の取り組みに後発医薬品の使用促進等を追加する、③上記を反映した第3期計画(計画期間6年=2018年度～23年度)を策定するが、計画を早期に

策定した都道府県は2017年度から前倒し実施する、という見直しを図った。

2017年度からの前倒し実施を行う都道府県が、2016年度内に計画を策定できるように、国は基本方針(大臣告示)を2015年度末までに示す必要がある、このほど基本方針案を示した。

基本方針案は、主に①都道府県が医療費目標を推計する算定式②都道府県が推進する医療費適正化の取り組み(数値目標)からなる。このうち①については、内閣官房の専門調査会が決定する算定式をもってこの夏をめどに告示するため、2015年度末の基本方針は、入院と外来の各医療費を適正化する取り組みが中心になる。

そのうち入院医療費については、概ね地域医療構想に沿った取り組みとその成果をふまえた目標が記載されることになるが、外来医療費に関して厚労省は、次の2段階にわたる取り組みを盛り込む方針だ。

(1) 2013年度の実績推計を延長した2023年度の医療費に対して医療費適正化の取り組みの効果を反映した目標とする。

(2) その効果の反映は次の2段階で行う。

①第1段階
2023年度に向けた、①特定健診・保健指導実施率の全国目標の達成(特定健診70%以上、保健指導45%以上)、②後発医薬品使用割合の全国目標(80%以上)等の達成に向けた取り組みを推進。全国目標が達成された場合の医療費の削減額を反映する。

②第2段階
その上で、なお残る1人当たり医療費の地域差について、保険者等と連携しつつ、以下のような取り組みを推進した場合の削減額を反映する。
・民間事業者も活用したデータヘルスの推進

- ・ヘルスケアポイントの実施等健康づくりへのインセンティブ対策の強化
- ・糖尿病重症化予防の推進
- ・重複投薬の是正等
- ・このほか、都道府県の独自の取り組みおよび国として追加する取り組み

なお、第3期計画には、第2期まで記載が求められた平均在院日数削減に関する目標値がなくなるという大きな変化がある。

第3期計画の基本方針案に対して、医療費の地域差を問題とする考え方は疑問とする意見があったが、総じて反対意見はなく、基本的に了承された。

このほか、この日の医療保険部会には、2018年度から都道府県が財政運営の責任主体となる国民健康保険制度に関して、国と地方の協議の場(国保基盤強化協議会)で検討され、合意された改革の全体像が報告された。

中医協消費税分科会

医療機関の消費税負担の対応を議論

医療経済実態調査の実施「必要なし」

厚労省は3月30日、中医協の診療報酬調査専門組織・医療機関等における消費税負担に関する分科会(田中滋分科会長)を開き、来年4月予定の消費税引上げへの対応を議論。医療機関の消費税の取扱いがどうなるとしても、「医療経済実態調査」を改めて実施する必要はないと判断した。薬価調査等の実施に対しては賛否両論があった。中医協総会に報告する。

消費税に関しては、引上げの再延期も視野に政府が検討している状況。予定どおり来年4月に10%に引き上げる場合には、8%引上げ時に対応した2014年度診療報酬改定と同様に、控除対象外消費税への対応が必要となる。厚労省はそのための基礎データとなる「医療経済実態調査」、「薬価調査、特定保険医療材料価格調査」、「医療機関等の設備投資に関する調査」の実施の是非を論点とした。

2014年度改定では医療経済実態調査に基づき、医療機関の経費の中で、消費税を負担する部分の割合を算出し、3%引上げ相当分について、基本診療

料を中心に補てんした。同日の分科会では、調査に伴う医療機関の負担なども勘案し、課税経費率などを改めて把握する必要性は低いとの意見が大勢だった。

薬価調査等については、2016年度改定後の薬価引下げ分を反映させないと、「国民・患者の負担が増える」として支払側が調査の実施を求めた。しかし医薬品卸売業者側の委員は「微妙なタイミングで少し厳しい」と難色を示した。

調査の実施の是非は分科会の報告を受けた総会が決定する。

医療機関等の設備投資に関する調査については、前回調査で回答の回収率が1~2割と低く、信頼性に疑問を呈する意見が出たが、「医療機関の設備投資のばらつきは必然的に生じるので、回収率を上げれば平準化し、解決する問題ではない」との指摘があった。全日病会長の西澤寛俊委員は「前回の調査結果を分科会でもう一度提出・説明し、新たに調査をする必要はない」と発言した。



入院基本料別の補てん状況示される

厚労省は同日の分科会に、2014年度改定時の消費税8%への引上げに伴う診療報酬への補てんについて、入院基本料別の状況を示した。全体の補てん率は99.21%であるのに対し、7対1で101.65%、10対1で89.48%、13対1で94.64%、15対1で95.50%だった。7対1が100%を上回ったのに対し10対1は大きく下回っている。

補てん率は、病院の収入としての診療報酬項目に上乗せした補てん分を、費用としての仕入れ時に支払う消費税の3%分相当額で割ったもの。収入の補てんが費用の負担額に見合っているかを示す。ただ西澤委員は、入院基本

料別の集計では実態把握に不十分だととして、補てん率に応じて病院がどのように分布しているかを集計するよう要請した。

厚労省は2014年度改定で補てんした診療報酬項目で、2016年度診療報酬改定で見直した項目も例示した。例えば、歯科訪問診療料は2014年度改定で3点上乗せし、143点となったが、2016年度改定で120点に下がった。これらが初めて提示された資料であったため、西澤委員は、「中医協総会に当然出すべき資料」と指摘。診療報酬に対する補てんの状況を「見える化」する観点から、「ほかの項目もすべて示してほしい」と要請した。

2016年度改定のポイントを解説

支部長・副支部長会

猪口副会長が中医協の議論を振り返る

全日病の支部長・副支部長会が3月26日に開かれ、中医協委員である猪口雄二副会長が中医協における議論をまじえて2016年度診療報酬改定のポイントを解説した。猪口副会長は、昨年の10月末に中医協委員に就任。7対1入院基本料や「重症度、医療・看護必要度」の見直しをめぐる厳しい交渉に当たった。

焦点の7対1入院基本料については、7対1を減らすために「重症度、医療・看護必要度」の基準を厳しくすることになり、該当患者割合は25%となった。中医協では、25%では45%の病院が基準を満たせなくなるという試算が出たが、このときは対応に苦慮したという。

「重症度、医療・看護必要度」の評価項目の見直しにより、A項目に救急搬送(2日間)が入る一方、B項目を

簡素化し、C項目が加わった。C項目は、主に手術が対象となり、救命に係る内科的治療が入ったほか、骨の手術に下肢・骨盤の骨接合術が入り、「足の手術がカウントできるようになった」。C項目は手術をするとカウントできるので、「外科系が有利になる」(猪口副会長)。

また、7対1から10対1に移行する病院に対して、病院群単位の届出制が2年間の経過措置として導入された。一時的な仕組みと説明されているが、「2年後になくなるかどうかはわからない」と猪口副会長。10対1を届け出た病院が多い場合は「制度の存続を主張しなければならない」と述べた。

病棟群単位の届出は、日病協でも一番にあげていた要望事項だが、「少しやりづらくなった」と述べた。届出を1回しか出せない上に、1年後には7

対1の病床を60%以下にすることが求められる。

また、7対1と10対1の間では、原則として転棟できないこととなっているが、通知では、やむを得ず7対1から10対1に転棟した場合、および、逆の場合は入院期間を通じて10対1入院基本料を算定することになり、「入り口の段階で分けなければいけない規制がついた」。

地域包括ケア病棟入院料は、手術・麻酔が出来高で算定できるようになり、点数は変わらなかった。猪口副会長は、「包括点数であり、薬価が下がる中で点数は下がるだろうと思っていた。条件がよくなったのは、7対1から移行しやすくするためではないだろうか」と述べた。

療養病棟については、介護療養病床が法的に廃止される2018年3月までの



動きが重要になる。中医協では、療養病棟入院基本料2の医療区分2・3の割合をどうするかが議論になったが、「結局、5割で落ち着いた」。ただ、医療区分2・3の患者が5割を下回り、なおかつ看護職員の配置基準が30対1であれば95%の点数が算定できることになった。猪口副会長は、「2018年3月をにらんでいることは間違いない」とコメントした。

最後に猪口副会長は、経過措置が35もある上に、それぞれ期限が異なることから、「間違わないようにしてほしい」と注意喚起。また、改定の影響をみるには時間がかかるとし、「7対1の状況などは年末にならないとわからない」と述べた。

地域医療機能推進機構が日病協に加盟

日病協代表者会議

日本病院団体協議会は3月25日、代表者会議(楠岡英雄議長)を開いた。日病協の加盟団体として、地域医療機能推進機構(尾身茂理事長)を承認するとともに、最近の厚労省の審議会等の報告を受けた。2016年度は、前年度副議長の神野正博副会長(写真左)が、日本社会医療法人協議会の代表者として議長を務める。

地域医療機能推進機構(JCHO)は全国57の社会保険病院等(社会保険病院、厚生年金病院、船員保険病院)で構成される独立行政法人。ほかに介護老人保健施設26施設、看護専門学校7施設を含むグループ。旧社会保険庁に属していた病院が、政権交代を経て、JCHOに運営が委託された経緯がある。

JCHOは日病協には1年間、オブザーバとして参加していた。今回、加盟したことで、日病協は13団体となる。

また、同日の日病協では、今後新た

に加盟を希望する団体が現れた場合の対応が議論になった。様々な意見が交わされたが、現時点で入会に関する要件・基準を設けることは難しいと判断。加盟申請があった場合は、改めて個別に対応を議論する結論となった。

ただ楠岡議長(写真右)は終了後の会見で、「すでに存在する団体に所属する小グループが独立して、日病協に加盟するのは望ましくないとの意見がある」と述べた。

審議会等の報告では、厚労省の「中医協総会」、「医療介護総合確保促進会議」、「地域医療構想策定ガイドライン等に関する検討会」、「社会保障審議会・医療保険部会」について、出席委員から説明があった。

各報告について特段の議論はなかったが、医療保険部会の議題であった短時間労働者の被用者保険への適用拡大に関しては、適用拡大が病院経営に与



える影響を懸念する意見があった。

最後に、全国自治体病院協議会が2月29日に「新専門医制度の研修開始を延期すべきである」との声明を出したことが報告された。

2015年度の日病協代表者会議はこの日で最後。次回からは日本社会医療法人協議会の代表者として、神野副会長が議長を務める。終了後の会見で神野

副会長は、「2018年度診療報酬改定に向けた議論を再来年度から始めたのではあまりに遅い。できるだけ早く同時改定に向けた議論を始める必要がある」と抱負を語った。また、医療機関における消費税負担の問題についても、「増税があるのか、ないのかわからないが、あるのであれば着実に対応しなければならぬ」と述べた。

病院事務長研修コース・看護部門長研修コースへの参加のお勧め

医療従事者委員会 委員長 井上健一郎

2002年度から「病院事務長研修コース」が開催されました。その内容は、事務長として必要な基礎知識から組織活性化、情報管理等、企業経営手法を取り入れた実践的内容となっており、本年度で第15回目を迎え、さらに精度を高めた形で継続しています。

研修期間は、約8か月(月1単位、全8単位)にかけて行われ、評価試験に合格すれば「病院管理士」の認定証を付与され、現在までに、559名が認定を受けています。また、2013年より日々変わる医療行政の動向を知り、その環境に即応した知識を持ってもらうため、5年ごとの更新の制度も導入しました。

また、2005年度からは「看護部門長研修コース」がスタートし、「経営感覚」、「イノベーション」、「実践力」を3つの狙いとして掲げ、研修会を開催しています。本年度で第12回目を迎

え、現在までに459名が修了しています。2014年度までは年1回2か月(月1単位、全2単位)の日程で行い、修了書のみを付与していましたが、回を重ね内容が充実するに従い、受講者の中から認定制度導入への要望が強くなり、2015年度より、研修期間を約3か月間(月1単位、全3単位)へ改め、「看護管理士」認定・更新制度を導入することにしました。

両研修ともに、研修を通じて修了者間での連帯感が強まり、研修修了後のネットワークが構築されるため、各自で連絡を取り合い、病院視察の会を企画する等、人脈作りとして大きな役割を持った研修会となっています。

本年度も以下の日程で研修会を企画しており、研修会参加の検討材料として、昨年度の研修会に参加した受講者からの声を1名ずつ紹介します。多くの皆様のご参加をお待ちしております。

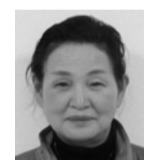
2015年度受講者の声(抜粋)



第14回病院事務長研修コース
「チャレンジ意欲が湧く研修でした」

この研修で一番印象に残っているのは、課題解決を検討する場合、視点の違いで将来が大きく変わることです。現状起点では目標が曖昧になり実行に至りにくいが、将来起点にすると、目標が明確になり実行を誘導するということでした。私たちはこれから、世界でも例のない超高齢社会を迎えます。その社会に向け大切なことは、過去の形式や前例にとらわれず、発想を転換し、柔軟に対処していく知恵を持つことだと考えます。それはまさしくこの研修で教えて頂いたことであります。未来に向けてチャレンジです!

(医療法人財団立川中央病院 事務長 石田秀一)



第11回看護部門長研修コース
「皆の力に支えられて」

第1回目の看護部門長コースに参加させて頂いた後、偶然にも同じ法人から(病院は違うが)第11回目の研修にも参加させて頂くことができました。今回は管理の認定が取得できることも魅力の一つでしたが長い間の看護管理遂行の中での集大成として振り返りを行うことが大きな目的でした。おそらく私が最年長ではなかったかと思いますが、若い前途ある看護師さんやバイタリティー溢れる看護部長さん達と意見交換でき、年齢の差を感じることなく活力となりました。看護部門長コースの管理認定ということで、ただ管理に留まるのではなく経営に参画し将来構想をどう考え、抱えている課題にどう取り組んで行くかをわかりやすく指導して頂きました。私の宝物がまた一つ増えました。グループで支えてくれた皆様や講師の先生、全日病事務局の皆様から感謝しお礼申し上げます。

(特定医療法人社団愛有三愛病院 看護部長 小島けい子)

第15回病院事務長研修コース(現在募集中)

第1単位	5月21日(土)・22日(日)	第5単位	9月23日(金)~25日(日)
第2単位	6月18日(土)・19日(日)	第6単位	10月15日(土)・16日(日)
第3単位	7月22日(金)~24日(日)	第7単位	11月19日(土)・20日(日)
第4単位	8月19日(金)~21日(日)	第8単位	1月21日(土)・22日(日)

第12回看護部門長研修コース(8月頃より募集開始予定)

第1単位	10月28日(金)~30日(日)
第2単位	12月2日(金)~4日(日)
第3単位	1月27日(金)~29日(日)

厚労省が医療機関のホームページへの規制を検討

美容医療サービスの虚偽・誇大情報に対応

厚労省は3月24日、「医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会」の初会合を開いた。美容医療サービスに関し、医療機関のホームページによる消費者トラブルが発生していることをふまえ、ホームページを医療法における「広告」に位置づけることを含め、何らかの規制を検討する。座長には、桐野高明・東京大学名誉教授が選出された。

美容医療サービスに関する消費者からの相談件数が増加していることを背景に、内閣府の消費者委員会が昨年7月に厚労省に建議を行った。医療機関のホームページに掲載された不適切な情報に対し、是正命令や違反措置を実施できるよう、法令改正の検討を求める内容だ。

具体的には、①医療法で規制の対象となっている「広告」の対象にホームページを含める②少なくとも虚偽・誇大広告を禁止する規制の枠組みを講じる——のいずれかで対応することを

要請した。医療機関のホームページは現在、広告規制の対象となっていない。ホームページは特定の情報を得るため能動的にURLを入力したり、検索したりして閲覧するものであるためだ。ホームページを「広告」とみなした場合のデメリットを考慮して、広告規制の対象にしていない。

「広告」の対象になると、広告できる事項は法令の規定に基づく13項目に限定される。具体的には、◇所在地◇診療日◇設備・人員配置◇医療従事者の氏名・略歴◇医療の内容——など基本的な情報の範囲にとどまる。

同日の議論でも医療機関のホームページを広告規制の対象とするには、情報提供の重要性から鑑みて、慎重な意見が多かった。また、自由診療の美容医療は医療機関全体からみれば、例外的な存在であり、両者を明確に切り分けて対応を検討すべきとの意見もあった。



厚労省は2012年9月に、ホームページの広告問題に対応するため、「医療広告ガイドライン」を作成した。しかしその後の相談件数の推移などをみると、状況は改善していない。消費者委員会は、ガイドラインに虚偽・誇大広告を強制的に取り締まる権限がなく、対応は不十分と判断している。

このため同検討会は、消費者委員会の建議をふまえ、広告規制の対象とした場合には広告可能な事項を増やすことや、広告規制の対象としなくても一定の規制の枠組みを検討する方針だ。

また、委員からは、消費者トラブルの多くが、実際の医療サービス購入の契約・解約段階で生じていることから、「商取引に関わる他の規制手段との関係を整理すべき」との意見も出ている。

なお、昨年6月に厚労省がまとめた「保健医療2035」が、「医療機関や医師の技術力の評価に関する情報」を公表することについて検討を求めていることから、同検討会は医療情報の提供のあり方全般を議論することになっている。建議への対応に関して、秋頃には検討結果を示す方針だ。

2024年に約30万人で医師数が均衡

医師需給分科会

神野副会長「現状追認の推計と感じる」

厚労省は3月31日の医療従事者の需給に関する検討会の「医師需給分科会」(片峰茂座長)に、将来の医師数の需給推計の結果を報告した。医師数の供給と需要を一定の仮定において試算。2024年頃に約30万人で需給が均衡し、その後は供給が需要を上回る様子が示された。ただ厚労省は推計結果を目標とはせず、今後の議論のたたき台と位置づけた。

医師の供給数は、医学部定員増と東北医科薬科大学の医学部新設を含む2016年度の9,262人を基礎とした。女性・高齢・研修医は、30～50歳代の男性と比べ仕事量に違いがあるため、補正した。

具体的には、中学生未満の子どもの場合は5割の仕事量と仮定するなどして、女性医師の仕事量を「0.8」と換算した。高齢医師も60歳以上の仕

事量を「0.8」と換算。また、研修医の1年目は「0.3」、2年目は「0.5」にした。その結果、医師数は2025年に30万2,728人、2030年に31万4,873人となった。

医師の需要推計については基本的に、◇必要な医療サービスは現状で概ね提供できていることを前提。ただし最近の傾向をふまえ労働時間は将来減少すると仮定◇地域医療構想と同様の手法で医療機能別病床数を推計◇外来と精神病床等は別途推計◇供給推計と同様に女性医師などの仕事量を考慮——した。入院医療に従事する医師数は、病床機能報告制度を用いて、慢性期を「1」とした比率で、高度急性期は「4.8」、急性期は「2.7」、回復期は「1.5」と仮定。臨床に従事する医師の労働時間は、高度急性期・急性期で週当たり平均56.6時間が51.1時間ま

で減ると推定した(中位推計)。必要医師数が増えるため、必要医師数としては1.11倍になる。

これらの仮定をおいて医師の需要を推計した結果、中位推計の場合で2025年の必要医師数は29万9,300人(入院18万2,100人、外来9万4,500人、精神

病床7,400人、介護老人保健施設3,800人、臨床以外1万1,600人)となった(下位～上位推計の幅では下表を参考)。

全日病副会長の神野正博委員は、「全体として現状追認だと感じる。あるべき医療、あるべき環境を念頭におくべき」と述べた。

医師の需給推計の結果

需要推計について(下位～上位)			
○需要推計について(万人)	2014年	2025年	2040年
	27.7～30.0	29.2～31.4	29.2～31.5
(1) 臨床に従事する医師について(人)			
合計	269,000～291,700	281,000～303,100	279,200～301,800
①入院医療(一般病床・療養病床)	166,900～189,600	175,700～197,000	179,200～200,800
②入院医療(精神病床)	10,000	7,300～7,500	5,700～6,000
③外来医療(④訪問診療等を含む)	89,200	94,300～94,700	90,100～90,800
⑤介護老人保健施設	2,700	3,800	4,200
(2) 臨床以外に従事する医師について(人)	2014年	2025年	2040年
合計	8,640	11,620	13,100
供給推計について			
○供給推計について(万人)	2014年	2025年	2040年
	27.4	30.3	33.3

2025年の看護職員の需給推計を年内に策定

看護職員需給分科会

地域医療構想にあわせて各都道府県が推計

厚労省は3月28日、医療従事者の需給に関する検討会の「看護職員需給分科会」(尾形裕也座長)の初会合を開催した。5年おきに策定してきた従来の看護職員の需給見通しに代えて、地域医療構想との整合性をふまえた2025年における看護職員の需給推計を行う。8月頃に推計方法を決定し、12月に報告書をまとめる予定となっている。

看護職員については、従来は医療機関への調査をもとに都道府県で需給見通しをつくり、厚労省の看護職員需給見通しに関する検討会で全国レベルでの需給見通しを5年おきに策定してきた。この需給見通しに基づき、看護職員確保対策が実施されてきた。

しかし地域医療構想を中心に医療提供体制の改革が進み、看護職員の需給を取り巻く状況が変化したこと、厚労省は方針を転換。昨年12月にスタ

ートした医療従事者の需給に関する検討会において、医師や他のリハビリ関係職種とあわせて、看護職員の需給推計を策定することとした。神田裕二医政局長は分科会の初会合で、「地域医療構想が2016年度中にはすべての都道府県で策定されるが、そのなかで人材確保が重要な課題である。地域医療構想との整合性をふまえた需給見通しを検討する必要がある」と述べた。

分科会は今後、需給推計の方法を検討して8月頃に決定する。この方法に基づき各都道府県が看護職員の需給推計を行い、それを集約して12月に全国版の需給推計を出す。

厚労省は、各都道府県が推計を行うのに並行して、全国ベースの需給に関する試算も行う方針を示した。全国試算は都道府県の推計値の検証に用いる考え。また都道府県の推計が報告書の



とりまとめに間に合わない場合は、試算を用いて暫定版の推計とする予定だ。

推計方法について厚労省は、現在の看護職員数を、高度急性期・急性期・回復期・慢性期の4つの医療機能に按分した上で、医療機能ごとの病床数を用いて看護職員数を推計することを提案した。4機能への按分の方法として、特定入院科・入院基本料の届出病床数および看護職員配置基準を用いる案や病床機能報告制度のデータを利用する

案を示した。

病院団体の委員は、「回復期について厚労省は13対1と考えているが、実際はその人員でできる機能とは思わない。今の配置基準をもとに需要を計算すれば人数は減るだろうが、その推計は本来の需要と異なるものになる可能性がある」と指摘。看護配置の手厚い急性期から他の医療機能への転換を促す地域医療構想にあわせて、需要推計を行うことに危惧を示した。